SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORARIO
SOLICITUD DE SEGURO

CONTINUACIÓN: PÓLIZA N°:	**TITULAR:** ☐ **ADHERENTE:** ☐
NOMBRE DEL TITULAR:	

Solicitud N°:	Asegurado N°:
Póliza N°:	Inicio Vigencia:

Esta Solicitud debe ser extendida sin enmiendas ni raspaduras. Para evitar demoras, se ruega: escribir los nombres y apellidos por entero y con la mayor claridad posible, preferentemente con letra imprenta; especificar en forma precisa la profesión u ocupación del solicitante y responder a todas las preguntas contenidas en esta solicitud.

Ley N° 17.418 - Artículo 5° (Primera Parte) - "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato".

DATOS PERSONALES DEL ASEGURABLE

Nombres y Apellidos:			
DNI/CUIT:	Sexo:	Fecha de Nac:	
Domicilio / Calle:		N°:	Piso/Dpto:
C.P:	Localidad:	Provincia:	
E-mail:		Teléfono:	

COBERTURA

Cobertura por fallecimiento

Suma Asegurada: $ Plazo de Cobertura: Edad Máxima de Permanencia: años (indicar opción: 80-85-99)

BENEFICIARIOS

Nombre y Apellido	N° de Documento	Parentesco	Proporción
			%
			%
			%
			%

Por la presente convengo que:

1. No habrá contrato de seguro a menos que se emita y entregue una póliza de acuerdo con esta solicitud y se pague la primera prima completa estando el asegurable con vida y en buena salud.
2. Todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta solicitud son completas, exactas, verídicas y obligatorias para todas las partes interesadas en la póliza solicitada.
3. Ningún Agente está facultado para exceptuar condición alguna de la Compañía ni modificar las Condiciones Generales, Cláusulas Particulares y las de las Cláusulas Adicionales.

MEDIO DE PAGO

Tarjeta de crédito:	Nro:	Vto:
Efectivo:		
Débito directo por CBU	(deberán presentar copia de constancia de CBU firmada)	
Otro:		
Moneda del contrato: Pesos - Periodicidad de Facturación: Anual		
Cantidad de cuotas pago de primas:		

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

F: SVIT SS - F.I: 10/2019

Tel: 0343 4420100 · San Martín 918, Paraná, E.R. www.institutoseguro.com.ar

SSN | SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Atención al asegurado 0800-666-8400
Nº de insc. en SSN 0254